

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS (MENTION MÉDECINE)

Contribution à l'étude
DE
l'Appendicectomie à froid

PAR

Constantin STOÏANOFF

Né à Salonique le 4 avril 1892

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

OLLIER-HENRY

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,

PARIS (VI^e Arr^t)

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. G.-H. ROGER.
Professeurs.		MM.
Anatomie		NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale		CUNEO
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		ANDRÉ BROCA.
Chimie organique et Chimie générale		DESGREZ.
Bactériologie		BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales		MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale		RENON
Pathologie chirurgicale		LECENE
Anatomie pathologique		LETULIE
Histologie		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		CARNOT
Hygiène		BERNARD
Médecine légale		BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
		ACHARD
Clinique médicale		WIDAL.
		GH.BERT
Hygiène et clinique de la première enfance		CHAUFFARD
Clinique des maladies des enfants		MARFAN
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		NOBECOURT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux		JEANSELME.
Clinique des maladies contagieuses		PIERRE MARIE.
		TEISSIER
		DELBET
Clinique chirurgicale		LEJARS.
		HARTMANN
		GOSSET
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU
Clinique d'accouchements		BAR
		COUVELAIRE.
		BRINDEAU
Clinique gynécologique		J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile		AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique		VAQUEZ
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		SÉBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale		DUVAL.
Clinique pédiatrique		SERGENT.

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	PIESSINGIR	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	REITTERER
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GUENOT	LEREBOLLETT	BOUSSY
CAMUS	GUILMAIN	LEBI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLEMINOT	LEVY-SOIAL	SCHWARTZ. (Anselme)
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TERRIEN
CLERC	LABBÉ HENRI	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LAIGNEI. - LAVAS-	MULON	VILLARET
DESMAREST	TINE.	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT J.-L. FAURE
PROFESSEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. GALLIARD

MÉDECIN HONORAIRE DES HOPITAUX

Témoignage de profonde reconnaissance

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR T. de MARTEL

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

PRÉFACE

En fréquentant l'hôpital de la Glacière (Fondation Heine Fould) nous eûmes l'occasion de voir notre maître DE MARTEL pratiquer des appendicectomies sans enfouir le moignon.

D'autre part la récente discussion à la Société de Chirurgie entre enfouisseurs et non enfouisseurs attira notre attention sur cette question de pratique journalière.

Dans notre modeste travail nous nous proposons de résumer cette discussion et d'en dégager les conclusions.

Nous remercions particulièrement notre ami MODIANO, assistant du Docteur DE MARTEL, qui nous a aidé par ses conseils et nous a obligeamment prêté ses observations.

HISTORIQUE

La pratique de l'appendicectomie à froid date d'une trentaine d'années. Dès le début sa technique ne fut pas bien réglée. La plupart des chirurgiens cherchaient à fermer le cœcum, au niveau de la base de l'appendice sectionnée, par plusieurs plans de suture dont un sero-sereux.

Petit à petit ces procédés plus ou moins compliqués furent remplacés par deux autres : l'un isolant le moignon de la cavité péritonéale sous un voile sero-sereux (ROUX DE LAUZANNE) ; l'autre, plus simple, laissant le moignon libre dans le péritoine.

La technique de Roux conquiert la majorité des chirurgiens. Certains l'adoptèrent à la suite d'accidents tels que : suppurations avec ou sans péritonite, adhérences attribuées par eux au moignon non enfoui. D'autres l'adoptèrent parce qu'elle leur apparaissait plus logique et plus conforme au principe qui veut qu'on recouvre de péritoine toute surface cruentée dans l'abdomen. Enfin un grand nombre de chirurgiens enfouit

par habitude prise dès le début de leur carrière chirurgicale. Malgré cela une forte minorité demeure fidèle à la liberté du moignon. Aussi la discussion continue toujours.

Argumentation des Enfouisseurs

D'après les partisans de l'enfouissement qui rallient la majorité des chirurgiens (SAVARIAUD, BARTHELEMY, OKINCZIC, SOULIGOUX, TUFFIER, QUÉNU, AUSELME, SCHWARTZ, VALTER, JALAGNIER, LARDENNOIS, FREDET, GOSSET, MOUCHET, CHEVRIER, etc, pour ne citer que ceux qui ont participé à la discussion de la Société de Chirurgie), l'utilité de cette technique ressort des statistiques qu'ils ont publiées et d'après lesquelles on enregistre moins d'accidents avec elle qu'avec la méthode du non enfouissement.

M. GOSSET, sur un total de 2.415 appendicectomisés ne signale qu'un seul décès, imputable d'ailleurs à la gravité du cas. Comme accidents immédiats il note des cas de suppurations de la paroi à pus souvent fétide et attribuables au catgut mal stérilisé. Ces abcès étaient bien de la paroi, car aucun de ces malades ne présentait de troubles péritonéaux.

En 1908 MURAT WILLIS fit une enquête et reçut les réponses de 105 chirurgiens des plus notoires des Etats-

Unis. Entre autres questions il leur demandait s'ils enfouissaient ou non et pourquoi ?

Sur les 105 chirurgiens 77 enfouissaient dans tous les cas, 14 enfouissaient habituellement, et 11 n'enfouissaient jamais, 3 n'avaient pas de technique fixe.

23 parmi ces 105 chirurgiens notent des accidents à la suite du non enfouissement : 4 occlusions intestinales par adhérence du moignon à l'intestin grêle, plusieurs cas de fistules stectorales, 1 cas de péritonite mortelle, plusieurs cas d'adhérences sans occlusion intestinale vraie.

Il n'y a que 2 chirurgiens seulement qui signalent deux accidents à la suite de l'enfouissement : collection avec symptômes de perforation et un abcès secondaire.

M. WALTHER, dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1911, signale 10 décès sur 1453 cas personnels, dont 1 par urémie, 2 par scarlatine, 2 par embolies au huitième jour et les autres par complications pulmonaires tardives : congestions pulmonaires et broncho-pneumonies d'origine vraisemblablement embolique.

M. FREDET depuis 1907 a pratiqué 750 appendicectomies sans accidents imputables à la méthode.

M. QUÉNU, M. A. SCHWARTZ, M. JALAGUIER, M. TUFFIER, M. SOULIGNOUX, M. OKINEZIC, M. BARTHÉLEMY, M. SAVARIAUD, M. LARDENNOIS, M. MOUCHET, M. CHEURIER, M. GAUDIER (de Lille), M. VILLARS (de Bordeaux), n'ont eu qu'à se louer de la pratique de l'enfouissement du moignon dans l'appendicectomie.

Ces statistiques et ces témoignages favorables à la technique de l'enfouissement sont appuyés et expliqués par les considérations et les faits qui suivent.

I

M. QUÉNU, qui a été un des premiers à préconiser la paritonisation pour toutes les surfaces dénuées au cours des opérations abdominales, la préconisa également dans l'appendicectomie, car le moignon laissé libre dans la cavité péritonéale reprendra des connexions vasculaires en adhérant aux organes voisins : paroi, cœcum mésentère, épiploon, intestin grêle, d'où des risques d'occlusion intestinale. Avant 1900 quand on ne recouvrait pas les surfaces cruentées du péritoine au cours des laparatomies, les cas d'occlusions intestinales n'étaient pas rares.

C'est ce risque de formation d'*adhérences* qui éloigne les enfouisseurs de la pratique simple du non enfouissement. D'autant plus que des cas d'adhérences à la suite d'appendicectomies sans enfouissement ont été signalés.

Ainsi M. QUÉNU cite un cas où on a été obligé d'intervenir pour une occlusion intestinale chez une malade opérée antérieurement pour une appendicite, mais dont le moignon n'avait pas été enfoui.

M. WALTHER également a retrouvé des adhérences au cours de deux interventions chez des malades opérés antérieurement par des non enfouisseurs. Une de ces malades avait son moignon adhérent à l'iléon qu'il couvrait. Dans les deux cas il n'y avait pas de trace de

typhlite ou de prityphlite pouvant expliquer ces adhérences.

M. JALAGUIER, également, a eu connaissance de cas d'occlusions intestinales chez des malades auxquels on avait laissé un moignon libre.

Dans l'enquête de MURAT WILLIS de nombreux cas d'adhérences sont signalés par des enfouisseurs chez des malades ayant subi antérieurement une appendicectomie sans enfouissement.

Par contre M. GOSSET a eu l'occasion d'autopsier un malade 5 jours après une appendicectomie avec écrasement et enfouissement et n'a pu voir aucune ébauche d'adhérence. La cicatrice était nette.

II

Une autre raison pour laquelle les enfouisseurs tiennent à leur méthode c'est qu'ils ont peur d'abandonner un moignon qui peut être septique dans la cavité péritonéale.

A cela les non enfouisseurs répondent que c'est justement l'enfouissement qui en favorisant la *formation d'un vase clos*, devient une cause de suppuration et d'une plus grande morbidité dans les suites opératoires.

M. SCHWARTZ affirme qu'en enfouissant on ne fait qu'imiter la nature, car si on n'enfouit pas le moignon, celui-ci est rapidement recouvert par une surface séreuse voisine. Et c'est grâce à cet enfouissement spontané que les non enfouisseurs n'ont pas d'accidents plus fré-

quents, tout au moins quand le moignon est soigneusement stérilisé et par conséquent très peu septique.

Et M. OKINCZIC précise que si le péritoine suffit à sa tâche quand le moignon libre est peu septique, il est à craindre qu'il n'en soit pas de même quand ce moignon est d'une septicité plus grande.

M. CHEVRIER estime que si le moignon est aseptique il n'y a pas plus de raison de le laisser libre que de l'enfouir ; s'il est septique il est prudent de le cacher sous une bourse séreuse pour l'isoler de la cavité péritonéale.

M. LARDENNOIS trouve qu'il est tout naturel de dissimuler un moignon suspect sous un voile séreux emprunté au cœcum. S'il est bien stérilisé on peut le laisser libre, mais on n'est jamais sûr de la stérilisation d'un moignon et on est plus tranquille après avoir enfoui.

Aucun des chirurgiens déjà énumérés et partisans de l'enfouissement n'a eu à signaler des abcès profonds dûs à l'enfouissement. Ils sont tous d'accord pour attribuer les cas de suppuration profonde à des fautes d'asepsie ou des fautes de technique n'ayant rien de commun avec l'enfouissement.

Le plus souvent ces suppurations sont dues au catgut mal stérilisé. Ainsi M. JALAGUIER, dans une série de 28 cas s'est servi du catgut Tyndallisé et dans une autre série de 25 cas du catgut préparé par le procédé de TRIOLLET.

Dans cinq des premiers cas il a eu des suppurations dont deux venaient de la profondeur.

D'autre fois cette suppuration peut venir du défaut de stérilisation du moignon. Souvent au moment de son sectionnement ou de sa cautérisation, comme l'a indiqué M. JALAGUIER, quelques gouttelettes septiques peuvent s'échapper et contaminer le voisinage, et il recommande de refouler la muqueuse avec une pince plate avant de cautériser.

Quant à l'objection qu'enfouir c'est former un vase clos il suffit de suivre les conseils de M. JALAGUIER et de M. TUFFIER en plaçant la suture aussi près que possible du moignon.

Si les enfouisseurs ne signalent pas de cas d'infection à la suite de l'enfouissement ils en signalent à la suite du non enfouissement (voir l'enquête américaine de MURAT WILLIS).

III

M. DE MARTEL reproche aux enfouisseurs que leur procédé les expose quelquefois à *perforer la paroi cœcale*. Ainsi on ouvre une porte aux germes du gros intestin ou bien on provoque la formation d'une hématome difficile à limiter.

Si cette éventualité se réalise quelquefois c'est la faute à l'opérateur, disent les enfouisseurs. Il suffit, comme le recommande M. LARDENNOIS, d'apprécier préalablement entre deux doigts l'épaisseur de la paroi cœcale, surtout si celle-ci paraît distendue et atone. Après quoi, comme l'ont recommandé entre autres M.

JALAGGIER et M. CHEVRIER on soulève la sereuse et une partie de la musculouse avec une pince à griffe et on se sert pour passer le fil d'une aiguille très fine de préférence courbe. Si la paroi paraît friable et trop mince on peut essayer à utiliser des bandelettes longitudinales. Mais il y a des cas où l'enfouissement paraît presque impossible, il vaut mieux alors bien stériliser le moignon et le laisser libre plutôt que de mal enfouir (JALAGGIER).

En résumé on peut dire que la majorité des enfouisseurs ne considèrent pas leur méthode comme indispensable et le non enfouissement pour une faute grave, mais ils se sentent beaucoup plus en sécurité en enfouissant.

Augmentation des non enfouisseurs

Les non enfouisseurs estiment qu'en enfouissant le moignon on se livre à des manipulations inutiles et qui peuvent être dangereuses.

Pour démontrer l'inutilité de l'enfouissement il se basent également sur leurs statistiques lesquelles si elles ne sont pas supérieures sont au moins égales à celles des enfouisseurs.

M. de MARTEL dit « Je n'enfouis jamais le moignon appendiculaire parce que ROBINEAU, ROUTIER, RICARD, SEELIG, moi-même et bien d'autres nous avons opérés des milliers d'appendicites en négligeant d'enfouir le moignon et sans jamais observer d'accidents ».

« Quand on peut s'abstenir des milliers de fois d'une manœuvre chirurgicale, c'est qu'elle est inutile.

« Toute manœuvre chirurgicale, même dans les mains les plus adroites devient un jour ou l'autre l'occasion d'un accident, lequel est sans contre-partie puisque aucun avantage ne vient le compenser. »

M. de MARTEL pratique 250 appendicectomies par an sans le moindre ennui. Il lie l'appendice avec un fil de

lin qui le met à l'abri de tout relâchement possible comme cela pourrait arriver avec le catgut. Des expériences faites sur le cadavre il résulte que le fil de lin liant la base de l'appendice peut supporter un poids de 2 kilogs sans glisser et bien que la section soit presque au ras du fil. La base solidement serrée par le fil de lin, il coupe au thermo et brûle progressivement le moignon jusqu'à l'union de sa partie conique et de sa partie cylindrique.

Comme accident il ne signale qu'un cas de péritonite chez une malade opérée dans de mauvaises conditions d'aseptie et qui guérit après la parotomie. Le moignon était flétri, et la ligature n'avait pas lâchée.

A la suite de cet accident, pendant six mois M. DE MARTEL pratique un enfouissement sur deux appendicectomies.

La comparaison des deux courbes de température était plutôt en faveur de la série des moignons non enfouis.

Depuis il eut un autre cas de péritonite, à la suite d'une appendicectomie, mais il s'agissait d'un cas où le moignon fut enfoui avec soin. Ajoutons que ce cas fut précédé et suivi par des appendicectomies sans enfouissement et sans accident.

M. DE MARTEL cite la statistique que SEELIG publie en 1904 dans les « *Annales of Surgery* » N° 143. SEELIG accuse également l'enfouissement de donner lieu à des ennuis et des accidents et il note des cas malheureux dans les appendicectomies avec enfouissement. Parmi

les 1.500 cas² opérés par lui sans enfouissement il ne signale pas d'accident.

M. ROUTIER n'enfouit pas, mais s'attache particulièrement à stériliser le moignon. En 20 ans sur 2215 cas, il n'a pas eu de complications pouvant être attribuées à la manière dont il avait traité le moignon. Et si des chirurgiens enfouissent de peur d'avoir mal stérilisé, M. ROUTIER leur répond qu'ils commettent une faute opératoire en stérilisant mal un moignon. Il ne veut pas compter sur l'enfouissement pour suppléer au défaut de stérilisation.

M. TÉMOIN n'enfouit et ne cautérise jamais. Il stérilise avec la teinture d'iode la surface de section après ligature au catgut. Il lie le mezo avec le même fil de façon à protéger le moignon avec ce même mézo. Il cite à l'appui 4.000 cas personnels sans accidents imputables à la technique.

Quant aux accidents, signalés dans la statistique américaine, à la suite du non enfouissement M. ROUTIER pense qu'ils sont dus à des fautes opératoires.

M. DE MARTEL estime, qu'on fait des statistiques avec partialité, car souvent si un accident arrive à un enfouisseur il n'incrimine pas sa technique, mais si un pareil accident arrive à un non enfouisseur on n'hésite pas à accuser sa technique. Pour ne parler que de la statistique de MURAT WILLIS, M. DE MARTEL remarque que sur 23 chirurgiens qui notent des accidents à la suite du non enfouissement, 11 tout au plus peuvent être des non enfouisseurs. Il y en a donc 12 et probablement

plus qui occasionnellement n'ont pas enfoui, probablement par force majeure et alors cela ne prouve qu'une chose, c'est qu'ils avaient probablement affaire à de mauvais cas et qu'il en aurait été probablement de même s'ils avaient enfoui.

L'enfouissement peut être dangereux, d'après les non enfouisseurs, parce qu'il expose, comme nous l'avons déjà indiqué, à la perforation cœcale, parce qu'il favorise la formation du vase clos et la production d'adhérences.

I

Il expose le cœcum à la *perforation* surtout quand celui-ci est distendu et à paroi trop mince et alors il faut une grande habileté pour éviter les points perforants, mais l'habileté peut de temps en temps faire défaut. A ce propos M. DE MARTEL cite le cas de péritonite mortelle survenue chez un des opérés de M. OKINCZYC : « chirurgien habile, prévenu et rompu particulièrement à la chirurgie du gros intestin. Cela me suffit pour estimer que pareil accident peut arriver aux plus soigneux et aux plus adroits ».

D'autre part l'appréciation de l'épaisseur de la paroi cœcale est un peu aveugle vu que l'on ne peut voir sa face interne et même si cela était possible il est en tout cas difficile de ne prendre toujours avec l'aiguille que la séreuse et une partie de la musculuse. Même si l'on prend les précautions énumérées dans le chapitre pré-

cèdent, on se trouve toujours devant le dilemme suivant : ou bien on ne charge pas assez et alors la séreuse ne tient pas, ou on charge trop et alors on risque la perforation. En expérimentant sur le cadavre M. DE MARTEL a constaté, que la perforation cœcale est quelque fois à peu près impossible à éviter.

C'est en 1905 que M. DE MARTEL, alors interne de Second, constata le premier cas de perforation au cours de l'autopsie d'une malade morte à la suite d'une appendicectomie. Depuis il a vu deux nouveaux cas vérifiés à l'autopsie.

Les cas de perforation sont en réalité beaucoup plus fréquents qu'on peut le croire de prime abord. M. DE MARTEL a pratiqué des points perforants sur l'intestin du cadavre, il a fallu des pressions très supérieures à la pression intestinale normale pour que le liquide franchisse les points. Sur le vivant, outre cette question, il y a la formation d'adhérence rapide au niveau des perforations. C'est pourquoi les cas de perforation avec suites sont si peu nombreux.

A titre de curiosité signalons, comme l'a fait M. GAUDIER à la Société de Chirurgie, la possibilité de production d'un diverticule, dit DE BUNTS, diverticule qui serait dû, d'après Bunts, à la destruction de fibres circulaires autour de la base de l'appendice par la suture en bourse. Ce diverticule serait une curiosité radiographique. M. J. SHELTON HARSLEY dit l'avoir rencontré chez des malades appendicectomisés dont le moignon avait été enfoui.

II

En enfouissant, les partisans de cette méthode s'exposent à voir se produire des abcès par la formation d'un *vase clos*, même quand la bourse séreuse est accolée au moignon.

Si le moignon est aseptique il n'est pas nécessaire de compliquer l'intervention par les manœuvres de l'enfouissement. S'il est tant soit peu septique et il l'est toujours comme nous allons le voir, il se passerait, dit M. ROUTIER, ce qui se serait passé si on suture une plaie infectée.

L'enfouissement réalise, d'après M. J. SHELTON HARSLEY, des conditions idéales pour la formation d'un abcès : circulation défectueuse ou nulle dans un fragment nécrosé, vase clos après suture en bourse.

Aussi les non enfouisseurs préfèrent-ils se fier au pouvoir bactéricide bien connu du péritoine. Car ce dernier résiste bien à l'infection quand il est intact et il n'en est pas de même quand il est erraillé. A l'appui de cet argument M. DE MARTEL présente des courbes de température à la suite d'appendicectomies avec et sans enfouissement qu'il a pratiqué pendant six mois. La courbe de la série des appendicectomies sans enfouissement est en général meilleure.

La faute opératoire ne consiste pas dans le non enfouissement, dit M. ROUTIER, mais dans la stérilisation imparfaite ; aussi insiste-t-il beaucoup avec d'autres enfouisseurs et non enfouisseurs sur cette stérilisation du moignon par la cautérisation.

M. TÉMOIN préfère l'attouchement à la teinture d'iode. D'après M. de MARTEL le moignon reste quand même septique qu'il soit écrasé ou cautérisé, mais la culture du second est moins abondante que celle du premier.

M. de MARTEL remarque que les abcès de la paroi sont beaucoup plus fréquents à la suite des appendicectomies qu'à la suite des opérations de hernies ou fixations de l'utérus. Il croit que, généralement, ces abcès ont pour cause le moignon enfoui ou une perforation cœcale.

Il serait désirable pour éclaircir ce point, d'ouvrir la bourse séreuse en question quelques jours après une appendicectomie si l'occasion, très rare, se présentait.

A ce propos signalons le cas communiqué récemment par M. JEAN LANOS à la Société des Chirurgiens de Paris. Il s'agissait d'un jeune homme à passé bacillaire, qui, après une appendicectomie avec enfouissement fit un abcès de la paroi, cœcale ayant nécessité une deuxième intervention.

Cependant, généralement cette formation de vase clos se traduit par une plus grande morbidité dans les suites opératoires.

III

L'enfouissement ne préserve nullement le malade des *adhérences*, mais bien au contraire, il est cause d'*adhérences*.

D'après M. de MARTEL, quant on a enfoui un moignon, qui le plus souvent est un peu sceptique, on provoque la formation d'un petit abcès de la paroi cœcale engendrant des adhérences protectrices.

M. SHELTON-HARSLEY estime, que la suture en bourse en provoquant une hyperémie du cœcum, favorise la formation d'adhérences.

« Il se passe autour du moignon appendiculaire enfoui, ce qui se passe autour d'une bouche de gastro-entérostomie parfaitement exécutée ; malgré la perfection du surjet sero-séreux, quand on réopère le malade on retrouve toujours la bouche entourée d'adhérences souvent nombreuses » dit M. de MARTEL.

Il pense, comme M. QUÉNU, qu'on doit péritoniser les surfaces cruentées, mais le moignon appendiculaire n'est pas une surface cruentée, c'est une surface ischémiée destinée à disparaître et incapable de contracter des adhérences par elle-même. Il peut les provoquer comme corps étranger septique, ce qui explique qu'on ait vu des adhérences à la suite du non enfouissement.

Si le moignon ne constitue pas une surface cruentée, par contre le mezo appendiculaire est souvent parfaitement cruenté et les enfouisseurs les plus convaincus ne songent jamais à le voiler d'un repli séreux.

M. J. SHELTON-HARSLEY a eu l'occasion de réopérer des malades à moignon non enfoui, il n'a pas constaté d'adhérences.

M. ROUTIER n'a pas non plus observé de pareilles adhérences chez des femmes qu'ils a eu l'occasion de

réopérer de longues années après une appendicectomie.

Par contre M. de MARTEL trouve des adhérences chez des malades dont on avait enfoui le moignon appendiculaire.

M. J. SHELTON-HARSLEY a trouvé des adhérences épaisses ou un bloc intestinal dans la majorité des cas où l'enfouissement avait été fait.

Quant au cas d'adhérences cités dans le chapitre précédent survenu à la suite du non enfouissement M. ROUTIER pense que la plupart sont dus à une péritonite.

M. de MARTEL se demande si ces cas d'adhérences au moignon non enfoui sont réellement causées par celui-ci ou bien ont elles pour cause le mezo ou même des adhérences préexistantes sectionnées au moment de l'opération.

Aussi M. DE MARTEL ne s'étonne pas qu'on trouve presque autant de cas d'adhérences dans les deux statistiques adverses.

IV

Un autre inconvénient de l'enfouissement, d'après M. DE MARTEL, serait la production d'*embolies*. Pendant cette manœuvre, en effet, on produit des blessures vasculaires de la paroi cœcale, qui sont au contact d'un moignon septique d'où possibilité de formation d'*embolie*.

M. DE MARTEL cite deux cas d'*embolies* chez des

malades opérés pour des appendicites chroniques d'emblés. Dans les deux cas le moignon avait été enfoui.

D'autre part M. WALTER, enfouisseur, dans sa statistique de 1911, déjà cité, signale 8 décès sur 1400 opérés pouvant être attribués à une embolie (2 embolies franches et 6 congestions pulmonaires ou broncho-pneumonies d'origine vraisemblablement emboliques).

Ajoutons que personne à la Société de Chirurgie n'a signalé d'embolies à la suite du non enfouissement.

Résumé du Débat

La discussion entre enfouisseurs et non enfouisseurs dure presque depuis le début de l'appendicectomie à froid. La grande majorité des chirurgiens aussi bien en France qu'à l'étranger ont adopté la technique de l'enfouissement.

Les statistiques des deux camps sont excellentes quand elles concernent des cas opérés selon la technique adoptée par les partisans de l'un ou de l'autre camp.

Si des accidents surviennent chez des malades opérés selon la technique du camp adverse on s'empresse d'en accuser la technique en question. Mais si ces mêmes accidents se présentent chez des malades opérés selon la technique préférée on n'hésite pas à accuser la gravité du cas ou une faute d'asepsie.

Cependant en dehors de toute discussion théorique (on peut toujours interpréter de différentes façons un fait d'ordre pathologique) on peut admettre que :

1° L'enfouissement peut être cause, bien qu'exceptionnellement, de perforation cœcale avec péritonite, entre des mains malhabiles et même entre des mains

habiles. La perforation cœcale est beaucoup plus fréquente en réalité mais n'est suivie que rarement d'accidents.

2° L'enfouissement en créant un vase clos augmente la morbidité dans les suites opératoires, car il peut produire des abcès de la paroi cœcale, surtout, si, le moignon est mal stérilisé.

Il vaut mieux bien stériliser son moignon et ne pas enfouir, car le péritoine se charge d'un moignon peu septique comme c'est le cas quand le moignon est soigneusement stérilisé.

3° L'enfouissement peu donner naissance à des adhérences, mais le non enfouissement également.

Bref, nous nous permettrons de conclure avec notre maître de MARTEL que l'enfouissement est une opération inutile et qu'il vaut mieux s'appliquer à bien lier et à bien stériliser son moignon que d'enfouir et de s'exposer à des risques qui n'ont pour contre-partie aucun avantage certain

Vu le Président de Thèse :

J.-L. FAURE.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

T. DE MARTEL. — Suture du gros intestin. (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, page 1434. 1921.)

T. DE MARTEL. — L'appendicectomie à froid : Pour la liberté du moignon. (La clinique, avril 1922).

Discussions in Bulletin de la Soc. de Chirurgie, année 1922 ; pages 103, 183, 260, 340, 385, 430, 457.

SHELTON HORSLEY. — Opérative Surgery, année 1921, p. 630.

MURAT WILLIS. — Annals of Surgery, juillet 1908.

J. LANOS. — Absès de la paroi cœcale après appendicectomie. (Paris Chirurgical. Avril 1922).

ROUTIER. — Appendicite. Bull. Soc. de Chir. 1891, p. 462.

JALAGNIER. — Appendicite. Bull. Soc. de Chir. 1891, p. 228.

JALAGNIER. — Appendicite. Bull. soc. de chir, 1892, p. 349.

QUÉNU. — Traitement chirurgical de l'appendicite aiguë et chronique. (J. des Praticiens, 1898, n° 10.)

— Traitement chirurgical de l'appendicite chronique. (J. des Praticiens, 1898, n° 15.) •

GOSSET. — Technique opératoire de l'appendicectomie. (Presse Médicale, 1905. Septembre.)

Imprimerie Spéciale de la Librairie OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26. — Paris
